Deutscher Bundestag **Drucksache 17/3709**

17. Wahlperiode 10. 11. 2010

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Fritz Kuhn, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Katrin Göring-Eckardt, Priska Hinz (Herborn), Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Dr. Gerhard Schick, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Drucksachen 17/3040, 17/3696 –

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Bruttoinlandsprodukt liegt seit Beginn der 80er-Jahre konstant zwischen 6 und 7 Prozent. Trotzdem ist der durchschnittliche Beitragssatz seitdem um 3,5 Prozentpunkte gestiegen. Der weitaus wichtigste Grund hierfür ist die schwindende Finanzierungsbasis der GKV. Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen ist in den letzten Jahrzehnten deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben. Damit mussten die steigenden Anforderungen an das Gesundheitswesen durch einen immer geringer werdenden Anteil der gesellschaftlichen Einkommen finanziert werden. Steigende Beiträge waren die Folge. Ohne durchgreifende Reformmaßnahmen wird sich diese Erosion der Finanzierungsbasis der GKV fortsetzen. Dafür werden unter anderen die wachsende Bedeutung der Selbstständigkeit, der steigende Anteil von Rentnerinnen und Rentnern innerhalb der GKV und die weitere Abwanderung gut verdienender Mitglieder in die private Krankenversicherung (PKV) sorgen. Für eine stabile und nachhaltige Finanzierung der GKV ist deshalb neben Strukturreformen innerhalb des Gesundheitswesens zweierlei unverzichtbar: Die Ausweitung der Beitragsbemessung auf alle Einkunftsarten. Auch Einkünfte aus Kapital, Vermietung und Verpachtung sowie Selbstständigentätigkeit müssen in die Beitragspflicht einbezogen werden. Darüber hinaus ist die gesamte Bevölkerung an der solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung zu beteiligen. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass ausgerechnet die 10 Prozent der Bevölkerung, die im Durchschnitt wirtschaftlich besonders leistungsfähig und im Regelfall auch am gesündesten sind, nicht am Solidarausgleich teilnehmen.

Der vorliegende Gesetzentwurf verzichtet auf diese notwendigen Reformschritte. Stattdessen setzt die Koalition auf eine Kombination aus simpler Beitragssatzerhöhung und einem Abbau der Solidarität. Vorgesehen ist die

Einschränkung des Solidarausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenversicherten, die Entlassung der Arbeitgeber aus ihrer Finanzierungsverantwortung und die weitere Schwächung der GKV gegenüber der PKV. Zwar soll es für Geringverdienende einen Sozialausgleich geben, doch auch der ersetzt nicht den Solidarausgleich. Zudem ist seine Finanzierung völlig ungeklärt und die Durchführung wäre mit einem enormen bürokratischen Aufwand und einer Fülle von Detailproblemen verbunden.

Im Einzelnen:

1. In Zukunft müssen Kostensteigerungen in der gesundheitlichen Versorgung allein von den Versicherten getragen werden, die Arbeitgeber werden jegliches Interesse daran verlieren, ihren gesellschaftlichen Einfluss im Sinne einer Ausgabenbegrenzung geltend zu machen. Dies wird den Kostenanstieg in der GKV massiv verstärken.

2. Die vorgesehene Beitragssatzerhöhung ohne Ausweitung der Finanzierungsbasis verstärkt die bestehenden Gerechtigkeitsdefizite innerhalb der GKV. Die Beitragssatzanhebung wird nur wirksam für die sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelte und Renten, nicht aber für andere Einkommensquellen. Privat Versicherte werden weiterhin nicht am Solidarausgleich beteiligt.

3. Die GKV wird als Solidarsystem abgewickelt. Der einkommensabhängige Beitragssatz wird eingefroren. Künftige Ausgabensteigerungen oberhalb der Grundlohnrate werden ausschließlich über den Zusatzbeitrag finanziert. Damit wird der Zusatzbeitrag zum Türöffner für ein Kopfpauschalensystem. Die Auswirkungen sind fatal: Der Solidarausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenversicherten wird immer weiter reduziert und die Arbeitgeber werden aus ihrer Finanzierungsverantwortung für das Gesundheitswesen entlassen.

4. Durch die nach oben hin offenen Zusatzbeiträge werden Geringverdienende gegenüber Gutverdienenden überproportional belastet. An dieser sozialen Schieflage ändert auch die vorgesehene Belastungsobergrenze in Höhe von 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nichts. So rechnet der Bundesminister für Gesundheit für das Jahr 2014 mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 16 Euro. Geht man von diesem Betrag aus, wird in diesem Jahr ein gesetzlich Krankenversicherter mit einem Bruttoeinkommen von 800 Euro einen Beitragssatz von 10,2 Prozent (8,2 Prozent einkommensabhängiger Beitrag + 2 Prozent Zusatzbeitrag) zahlen. Dagegen sinkt bei einem Bruttoeinkommen von 2 000 Euro der Beitragssatz auf 9 Prozent und bei 3 750 Euro sogar auf 8,6 Prozent.

5. Die Finanzierung des Sozialausgleichs ist völlig ungeklärt. Ab 2015 sollen die Zuschüsse – so wird vage in Aussicht gestellt – über den Bundeshaushalt bezahlt werden. Doch angesichts von Rekordverschuldung und Schuldenbremse sowie dem Beharren auf Steuersenkungen innerhalb von Teilen der Koalition ist eine ausreichende Gegenfinanzierung überhaupt nicht absehbar. Selbst die vergleichsweise geringen Haushaltsmittel für einen steuerfinanzierten Sozialausgleich in den Jahren bis 2014 konnte der Bundesminister der Finanzen nicht zusagen. Deshalb soll der Sozialausgleich entgegen der ursprünglichen Ankündigungen erst einmal aus dem zu über 90 Prozent aus Beiträgen gespeisten Gesundheitsfonds bezahlt werden. Damit werden die Anspruchsberechtigten einen wesentlichen Teil ihres Sozialausgleichs über ihre Zusatzbeiträge selbst mitfinanzieren. Und bereits heute ist absehbar, dass sich daran auch nach dem Jahr 2014 nichts ändern wird. Denn angesichts der zu erwartenden Ausgabenentwicklung innerhalb der GKV ist damit zu rechnen, dass innerhalb weniger Jahre die weitaus meisten gesetzlich Krankenversicherten auf den Sozialausgleich angewiesen sein werden. Damit werden

die Aufwendungen für den Sozialausgleich aber eine Dimension erreichen, die die Finanzierung über den Bundeshaushalt illusorisch erscheinen lassen. Diese Prognose wird durch einen Blick in die Niederlande unterstützt. Dort wurde bereits 2006 die Kombination aus einkommensunabhängigen Pauschalen und steuerfinanziertem Sozialausgleich eingeführt. Inzwischen erhalten 70 Prozent der niederländischen Haushalte einen Prämienzuschuss. Bis zum Jahr 2012 – also innerhalb von nur sieben Jahren – werden sich die Ausgaben für den Sozialausgleich voraussichtlich verdoppelt haben.

6. Die Zusatzbeiträge und der vorgesehene Sozialausgleich werden zu enormen Bürokratiekosten führen. Bisher werden die Zusatzbeiträge erst von wenigen Kassen und in begrenzter Höhe erhoben. Das wird sich mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aber grundlegend ändern. Der flächendeckende Einzug von Zusatzbeiträgen und die dann für die Bestandserhaltung einer Kasse unerlässliche Durchsetzung von Zahlungsansprüchen gegenüber säumigen Mitgliedern – schon heute werden rund ein Drittel der Zusatzbeiträge nicht bezahlt – werden die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen geradezu explodieren lassen. Und auch die Durchführung des vorgesehenen Sozialausgleichs durch Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger wird zu einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand führen. Die im Gesetzentwurf enthaltene Schätzung von 3 Mio. Euro an zusätzlichen Bürokratiekosten ist irreal. Die tatsächlichen Ausgaben dürften ein Vielfaches betragen. Dazu kommen erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken.

7. Aus Gründen der Klientelpflege wird die PKV zulasten der GKV gestärkt. Durch die Reduzierung der Wartefrist für einen Wechsel in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr wird der Ausstieg von gesunden Gutverdienerinnen und -verdienern aus dem Solidarsystem deutlich zunehmen. Dazu beitragen wird auch die zeitgleiche Anhebung des Beitragssatzes in der GKV.

8. Der Gesetzentwurf sieht keinerlei Strukturreformen zur Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor. Jegliche Innovationen fehlen. In den vorherigen Gesundheitsreformen beschlossene Reformmaßnahmen beispielsweise zu einer stärker an der Morbidität orientierten ärztlichen Vergütung oder zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung werden nicht weiterentwickelt, sondern abgeschwächt oder wieder eingeschränkt. Die für den Krankenhausbereich beabsichtigten Regelungen bestrafen im Qualitätswettbewerb erfolgreiche Häuser, sind ordnungspolitisch verfehlt und gehen vor allem zu Lasten der Pflege. Die anstelle von Strukturreformen vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen werden wenn überhaupt Einmaleffekte haben und überwiegend nicht über das Jahr 2012 hinaus wirken. Künftige Ausgabensteigerungen werden damit ausschließlich auf die Versicherten abgewälzt.

9. Die vorgesehene Aufwertung der Kostenerstattung führt dazu, dass es künftig innerhalb der GKV zwei Patientengruppen geben. Eine, die sich die Kostenerstattung leisten kann und eine andere, die das nicht kann. Erstere muss mit erheblichen Zusatzausgaben bei bestenfalls gleich bleibenden Leistungsanspruch innerhalb der GKV rechnen. Denn die Krankenkassen sollen bei Kostenerstattung auch weiterhin nur die bei Sachleitung entstehenden Kosten erstatten. Letztere wird Schwierigkeiten bekommen, überhaupt noch eine ambulante ärztliche Versorgung in angemessener Zeit zu erhalten. Auf diese Weise wird die durch die Trennung in GKV und PKV bekannte Zweiklassenmedizin auch in die GKV einziehen. Zudem werden durch den Ausbau der Kostenerstattung die Anstrengungen der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Ausgabenbegrenzung und zur Qualitätssicherung unterlaufen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, den Entwurf für ein GKV-Finanzierungsgesetz zurückzuziehen und stattdessen einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgenden Anforderungen gerecht wird.

1. Durch die Zusammenführung von GKV und PKV in einer Bürgerversicherung werden Gerechtigkeitsdefizite behoben und eine nachhaltige Finanzierung des Solidarsystems gewährleistet.
2. Alle Bevölkerungsgruppen werden in den Solidarausgleich einbezogen. Auch gut verdienende Angestellte, Selbstständige, Abgeordnete sowie Beamtinnen und Beamte.
3. Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge und den Bundeszuschuss. In die Beitragspflicht einbezogen werden auch Einkommen aus Kapital, Vermietung und Verpachtung sowie Gewinne.
4. Arbeitgeber werden auch weiterhin an der Kostenentwicklung beteiligt. Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden von Arbeitgebern und Arbeitnehmern je zur Hälfte aufgebracht. Das Prinzip der Parität wird vollständig wiederhergestellt. Der eigenständige Versichertenbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent entfällt. Die Zusatzbeiträge werden abgeschafft.
5. Die Kosten- und Qualitätstransparenz der Gesundheitsversorgung werden massiv gestärkt. Dazu wird das Instrument der Patientenquittung nach § 305 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiterentwickelt, analoge Regelungen sind auch für den Krankenhausbereich vorzusehen. Die Leistungsanbieter legen den Patientinnen und Patienten eine Leistungsabrechnung in patientenverständlicher Form vor. Außerdem wird in Zusammenarbeit mit den Patientenvertreterinnen und -vertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss das Projekt einer öffentlich finanzierten, unabhängigen Informationsplattform zum Qualitätsvergleich der Leistungsanbieter angegangen.
6. Durch die Zulassung von Gruppenverträgen zwischen Selbsthilfeorganisationen und Krankenkassen wird die Organisation der Gesundheitsversorgung stärker auf die Bedürfnisse insbesondere chronisch kranker Patientinnen und Patienten ausgerichtet.
7. Im Rahmen eines Bundesmodellprogramms wird die Weiterentwicklung der Versorgung zu regional organisierten Versorgungsverbänden erprobt, in die alle an der Versorgung beteiligten Akteure integriert sind.
8. Die Bedarfsplanung wird von einer reinen Arztplanung zu einem Instrument regionaler Versorgungsplanung weiterentwickelt. Sie muss vor allem bezogen auf die Primärversorgung kleinräumiger und sektorübergreifender werden. Kommunen und lokale Gesundheitsinitiativen sind an ihr zu beteiligen.

III. Darüber hinaus fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, im kommenden Jahr den Entwurf für ein Präventionsgesetz vorzulegen.

Berlin, den 9. November 2010

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333